

קווים מנחים לניהול המידע הרפואי במערך הפיזיותרפיה לאור סוגיות בתחום האתיקה והמשפט

ירון טילינגר, Bpt, MA

מכבי שירותי בריאות, סניף בני ברק

תקציר

מטרת המאמר הינה להדגים כיצד סוגיות מתחום האתיקה הרפואית והמשפט הן מקור לתובנות בעיצוב הרשומה הרפואית בעולם הרפואה המערבי-המודרני ועולם הפיזיותרפיה בתוכו.

יוצגו מעט מהשינויים שחלו בעולם הרפואה עם השנים. שינויים אלו מחייבים חשיבה מחדשת על מבנה וארגון התיק הרפואי-הפיזיותרפי. המאמר מדגים כיצד הדיון האתי המשפטי מהווה כלי חשוב בקבלת החלטות בנושא. המאמר כולל את הנושאים הבאים:

א. סקירה של עקרונות הביו-אתיקה המודרניים. הצגת שני מודלים המתקיימים זה לצד זה ביבשות האמריקאית ובאירופה ואת הדרך בה עולם הביו-אתיקה הישראלי נדרש לאזן עצמו בין מודלים אלו המשקפים תפיסות עולם כוללות השונות זו מזו. מובאות השלכות אפשריות על ניהול תיק בעל רכיבים משתפים או מבדלים.

ב. שתי גישות נוגדות הקיימות ביחסי המטפל כלפי החולה והשפעת התפתחות עולם הידע הרפואי לטובת הגישה השוויונית, הלא פטרנליסטית. מועלות השלכות שונות של נושא זה על ניהול המידע, ועיקרן - הצורך לייצר דיאלוג טיפולי מחד, ולאפשר ניהול מידע לא שיתופי, אל מול מטופל שלא מעוניין בהליך כזה, מאידך.

ג. סוגיית החובה להזהיר (The duty to warn) כמקרה דגל למצבים בהם חובה לייצר השקה בין מאגרי מידע ולפרוץ את גבול האוטונומיה של הפרט על המידע הרפואי שלו. נידונות בקצרה ההשלכות האפשריות על ניהול המידע הרפואי.

ד. הרשלנות הרפואית והשלכתה על תיעוד המידע הרפואי ברשומה. מוצגות הדרישות הסטטוטוריות העולות מהחוקים השונים (ובראשם חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996) הנוגעות לניהול, תיעוד ושמירת המידע הרפואי, כמו גם רמת הפירוט הנדרשת בו.

מילות מפתח

רשומה רפואית, אתיקה רפואית, פטרנליזם רפואי, שוויון ברפואה, רשלנות רפואית, חובת תיעוד, החובה להזהיר, חובות המטפל והמטופל.

מבוא

מקצוע הרפואה הינו מקצוע עתיק יומין. משחר ההיסטוריה הפקידו חולים בידי מטפלים את האחריות על בריאותם. יחסי מטפל-מטופל הינו תהליך דינאמי המושפע משינויים חברתיים וטכנולוגיים. אחד ההיבטים דינאמיים בתחום הסדרת היחסים בין הפיזיותרפיסט,

המטופל, והמערכת הרפואית והמשפטית הוא ניהול המידע הרפואי והשיקולים האתיים הנדרשים לבניית מערך מידע רפואי. ניהול מידע רפואי הינו נושא רחב הדורש התייחסות מהיבטים שונים, למשל, מחשוב וטכנולוגיה, ניהול ידע ומידענות, והיבטים מתחום הרפואה והביולוגיה. ההתמקדות במאמר תהיה על סוגיות נבחרות מתחום יחסי פיזיותרפיסט - חולה וניסיון לגבש מאותן סוגיות לקחים בהקשר לניהול המידע הרפואי.

מטרת המאמר היא לבחון סוגיות מתחום האתיקה והמשפט בפיזיותרפיה, להציג שיקולים אתיים העולים מתוך לימוד סוגיות אלו ולהחילם על נושא ניהול המידע הרפואי בתחום הפיזיותרפיה.

מאפייני עולם הרפואה בעת המודרנית¹

עולם המידע ככלל והמידע הרפואי בפרט עברו שינויים משמעותיים בשנים האחרונות, ונציין את חלקם:

1. היווצרותם של מאגרי מידע כלל עולמיים עדכניים ונגישים לכל יחידת קצה המבקשת מידע.
2. ריבוי בעלי התפקידים במערך הרפואי, הכולל בתוכו התמחויות רבות של ענפי טיפול שונים, ואף תתי התמחויות בתוך כל ענף טיפולי.
3. עליה בכמות האבחנות הקיימות, לעומת מיעוט האבחנות שהיה מוכר בעבר.
4. שינוי תפקיד המטפל: המעבר ממערכת יחסים פטרנליסטית לדגם שוויוני הדורש מהגורם המטפל התנהגות שונה לגמרי מהנדרש ממטפל בעבר.
5. התבססות הולכת וגדלה של הרפואה על בדיקות והדמיות משלימות, ופיחות מתמשך במעמדה של הבדיקה הקלינית "המסורתית" לקבלת אבחון וטיפול. ביטוי קיצוני לתופעה זו הינו התחום המתפתח של ה-Telemicine - האפשרות לבצע בדיקה, אבחון והתוויית טיפול לחולה בלא להיפגש איתו כלל².
6. היכולת הטכנולוגית המתפתחת, המאפשרת להתייחס לחולה כחלק מתוך אוכלוסיה חולה גדולה, על מנת לקבל החלטות שונות. באופן זה החולה כבר אינו נמצא במרכז הבמה הטיפולית, אלא מהווה פרט קטן כחלק מאוכלוסיה גדולה, הנלמדת ונחקרת. למאגרי המידע המחשבי יש פוטנציאל לסייע בשיפור וייעול איכות הטיפול. דוגמא למהלך כזה היא בניית הרישום המרכזי של חולי הסוכרת במכבי שירותי בריאות, וניתוחו כבסיס לניהול הטיפול בחולים³.

מגה-שינויים אלו לא פסחו אף על תחום הפיזיותרפיה המערבית המודרנית, כך למשל:

לניסוח העמום של העקרונות, כך שפרשנותם תלויה במשתמש הסובייקטיבי. יש שטענו שהעקרונות מאלצים את המשתמשים בהם לקבל סדרת ערכים קפיטליסטים שלא לצורך.

כהשלמה לעקרונות האמריקאים הוצעו סדרות ערכים שונות באירופה. שלושה ערכים בולטים הם:

1. **סולידריות חברתית - solidarity**. אנו זקוקים ללכידות חברתית בין אנשים ובין מסגרות חברתיות. זהו ההיפך מערך האוטונומיה. הסולידריות שונה מערך הצדק שבעקרונות האמריקאים, שכן אין בה צפייה לגמול, היא אינה ממוסדת וסדורה אלא מעוגנת בקהילה.

2. **זהירות - precaution**. המונח זהירות הובא לדיון הבי-אתי מתחום איכות הסביבה ומתחום המחקרים הגנטיים. בבסיסו עומדת ההכרה בדבר הצורך בענווה ובנקיטת זהירות שכן איננו מסוגלים להעריך באופן מלא את כל השלכות הטכנולוגיה שאנו מייצרים. למשל, ישנם מכוני פיזיותרפיה בהם בחרו להימנע משימוש במכשיר גלים קצרים למרות שלא ברור בצורה מוחלטת שיש בו לגרום נזק וזאת בגלל ההבנה שלנו בחוסר במחקר בתחום השפעת הקרינה.

3. **כבוד האדם - dignity**. נועד להחליף את מושג האוטונומיה, שהרי גם עוברים, קטינים, ופסולי דין זכאים לכבוד האדם. כמו כן מוכלים בו ערכים נוספים כגון זכות למניעת אפליה, זכות למות בכבוד ועוד.

אין ספק, כי ישראל מושפעת מאוד מהתרבות האמריקאית, הן ברובד החברתי המאמץ תפיסות ליברליות קפיטליסטיות והן ברובד האקדמי, כשמשנות ה-70' תחומי הרפואה והמשפטים מושפעים מבתי הספר בארצות הברית. לפיכך אימצה הרפואה בישראל את העקרונות הבי-אתיים האמריקאים. יש לציין כי בתחום החקיקה מצויה החברה הישראלית בתפר שבין העקרונות האמריקאים לאירופאים. למשל, חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתאים יותר לערכי החברה האירופאית עם בסיס של מחויבות סוציאלית מצד הריבון כלפי כל תושביו. זהו ההיפך הגמור לגישת ה"שלי-שלי שלך-שלך" האמריקאית. לעומת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ניתן להציג את החוק בישראל הקובע כי תרומת איברים מנפטרים מותרת רק על פי הסכמת הנפטר בחייו, ובהעדרה - באישור המשפחה⁴. זאת, לעומת מספר ממדינות אירופה, בהן ניתן ליטול איברי נפטר כל עוד לא סירב לכך בחייו. זוהי העדפה של ערך האוטונומיה בחברה הישראלית על פני ההכרה בחשיבות תרומת האיברים כביטוי לסולידריות חברתית.

נמצאנו למדים כי העתקה שלמה של עקרונות ג'ורג'טאון לחברה הישראלית אינה מתאימה. העתקה עיוורת כזו תיצור פער בין ההתנהגות האתית המצופה מהמטפל, לזו המצופה ע"י החוק. במלאכת יצירת עקרונות אתיקה ישראליים, חובה להתייחס למגוון

- אך לפני שנים ספורות, התייעצות בין עמיתים במכוני הפיזיותרפיה התאפשרה אך ורק דרך טלפון או בכתב. כיום, התייעצות זאת אפשרית עם כל איש מקצוע לפחות בחלק מקופות החולים (למשל במכבי שירותי בריאות) דרך הפורטל הרפואי הפנימי של הקופה. כמו גם תהליכי למידה עם מוקדי ידע בארץ ובחו"ל המתבצעים באופן שוטף באמצעות האינטרנט.
- אך לפני שנים ספורות נוהל התיק הרפואי בתוך תיקי קרטון שנפתחה לכל מטופל, ובה נרשם בכתב יד המידע הרלוונטי לבדיקה ולטיפול. תיקיות אלה קוטלגו לפי סדר רץ של שמות המטופלים ונשמרו על מדף במרכז מכון השיקום. כיום, ניהול התיק הרפואי נעשה ע"י תוכנה ייעודית לניהול מידע רפואי. התיק הדיגיטאלי שמור בשרת מרכזי ומאחד בתוכו את כל המידע מכל זרועות הטיפול של המטופל. בניית תיק רפואי ממוחשב מחייבת שקילה מעמיקה של סוגיות אתיות. הדבר נדרש ביתר שאת לאור העובדה שלא בלבד שהמידע הרפואי ממוחשב, אלא נמצא במצב "אחוד", שמשמעותו - זמינות של המידע הרפואי לנותני שירות שונים בתחנות שונות בחיי המטופל.

כפי שהודגם לעיל, עולם הרפואה עבר שינויים משמעותיים, והדבר חייב להתבטא גם בצורת וארגון המידע הרפואי בטיפול הפיזיותרפי. יודגם כיצד דיון בסוגיות אתיות מתחום יחסי פיזיותרפיסט-מטופל משמש ככלי בבואנו לעצב ולנהל רשומה רפואית בטיפול הפיזיותרפי.

עקרונות הבי-אתיקה המערבית המודרנית בראיה ביקורתית

עקרונות הבי-אתיקה הינם הערכים הבסיסיים העומדים אל מול עיני המטפל בעת אינטראקציה עם החולה. משנה סדורה של עקרונות בי-אתיים הנקראת "העקרונות של ג'ורג'טאון" פורסמה בשנת 1979, בג'ורג'טאון-ווישינגטון ע"י⁴ Beauchamp & Childress. ארבעת העקרונות, המנותקים מערכים דתיים, מתיימרים להיות מפתח לפתרון בעיות בתחום האתי-רפואי. ארבעת העקרונות הם:

1. **עשיית הטוב (beneficence)** עבור המטופל תוך שיקולי סיכוי לעומת סיכון ועלות, וכנובע מכך - מחויבות לאיכות, לימוד מתמיד, ניהול סיכונים והתאמת התועלת לחולה המסוים.
2. **הימנעות מעשיית הרע (malfeasance-non)**.
3. **כיבוד האוטונומיה של המטופל** - כיבוד תהליך קבלת ההחלטות של הפרט וכיבוד החלטות הפרט. המטופל מחליט על טיפולו וחופשי להימנע מטיפולים כרצונו.
4. **צדק (justice)** בבחירה בין אינטרסים מתנגשים. למשל, ההחלטה על הקצאת משאבים, נשיאה בעול כלכלי וכו'.

כנגד עקרונות ג'ורג'טאון עלו מספר טיעונים⁵: טענה אחת מתייחסת

העדיפו שלא לספר לחולי סרטן על מצבם. כל אלו עדויות לגישה המכונה "הגישה הפטרנליסטית". גישה זו שלטה בכיפה עד שנות ה-70'. המודל הפטרנליסטי מעמיד את המטפלים, והפיזיותרפיסטים בתוכם, בתפקיד המחליטים הפועלים כאפוטרופוסים, והרואים מעל הכול את טובת החולה, כפי שהם, המטפלים, מבינים אותה. המטפל יכול לזהות מחלה ולהתוות את דרך הטיפול הטובה לחולה והחולה מצידו נדרש לקבל ההמלצות ולבצען. אין להסיק מגישה זו שהקשר בין המטפל לחולה אינו טוב, ואולי ההיפך הוא הנכון. ניתן לראות את הגישה הזאת כניסיון אמיתי להיטיב עם החולה ולחסוך ממנו את הצורך להתמודד עם מידע מורכב וחסר ודאות ולהיות עבורו דמות חזקה וסמכותית למשען.

להלן מספר נקודות להדגמת הגישה הפטרנליסטית בנושא ניהול המידע:

- הידע על מחלות שונות, דרכי הזיהוי והאפשרויות הטיפוליות הוגבלו עוד במהלך המאה ה-20' למטפלים בלבד מחשש שדיבור על נושאים רפואיים בקהל הרחב יערער את החלשים בקהל ויגרום להיפוכונדריה.
- הידע הקיים בידי החולה על מצבו, אשר הועבר למטפל ותועד ברשומה הרפואית הפך לנכס של המטפל.
- ידע המועבר מהמטפל לחולה כחלק מהטיפול הוגבל למינימום ההכרחי. אי מסירת מידע למטופל נתפסה כדבר הטוב ביותר עבורו. זו הייתה התגלמות פעולת המטפל לטובת המטופל.
- תפיסת הפרט את מחלתו נתפסה כמידע לא רלוונטי. המידע נתפס כחוויתי לעומת המידע המדעי-אובייקטיבי, ולכן נכון ורלוונטי של המטפל.

הגישה הפטרנליסטית נחלשה, כאשר בשנות ה-70' הוסף עקרון כיבוד האוטונומיה לעקרונות הביו-אתיים כפי שפורט לעיל. בשנת 1981 בליסבון נכלל עקרון ההסכמה מדעת בהצהרת זכויות החולה בידי ארגון הבריאות העולמי. בשנת 1996 עוגנה חובה זו בחוק הישראלי, כחלק מחוק זכויות החולה.

הכוחות השונים שפעלו להחלשת הגישה הפטרנליסטית כוללים:

1. הפרוגנוזה השתנתה לטובה במחלות רבות, דבר המוריד את החרדה בציבור הרחב.
2. הכנסת תרופות ניסיוניות רבות וטיפולים שונים המחייבים שיתוף פעולה של החולה.
3. העלייה המתמדת בתביעות משפטיות נגד נותני שירות רפואי ונגד מערכות בריאות שהסתירו מידע ממטופלים ובכך גרמו להם נזק.
4. הניסיון המצטבר הראה שחולים מתמודדים עם ידיעה על מחלתם בצורה טובה.
5. העשור האחרון מאופיין בנגישות אדירה למידע רפואי. מעל

התרבויות הרחב - החברתי והדתי הקיים בישראל ולהכיר בכך שהחוק הישראלי משקף יצירה ישראלית אותנטית המעוגנת בתפיסות ישראליות מקוריות ומקומיות.

לאור ההכרה המשתקפת בעצמאות ערכי השיטה הישראלית, ברור שגם בעיצוב, ניהול וסידור המידע הרפואי יהיה זה משגה להעתיק בצורה עיוורת שיטות מיובאות ממדינות אחרות, שכן על אופי המידע הרפואי לשקף את האיזון העדין המתקיים בחברה הישראלית בין התפיסות האוטונומיות-הפרטניות, לבין החברתיות-משפחתיות. במלאכת עיצוב רשומה רפואית יש לשקול היטב את מאפייני החברה הייחודית הרלוונטית על עמדותיה ואמונותיה בהקשר לפרטיות מול סולידאריות, ורצוי שאופי הרשומה יתאים לתפיסת החברה הייחודית את האיזון.

דוגמא מעניינת, היא החשיבות בהצלבת מידע רפואי של זוגות לקראת נישואים בחברות המסורתיות. מן הידוע הוא כי בארץ ישנן חברות המקיימות קשרי נישואים בין לבין עצמן, ומציאות זו מחייבת אחריות חברתית קולקטיבית למניעת התפרצות מחלות גנטיות. ייתכן ויהיה מוצדק באותן חברות לייצר מנגנון שיכיל מידע פרטני לתועלת כלל החברה. כמוכן, תוך שמירה מכסימלית על פרטיות המידע. דוגמא נוספת - בנושאים בהם לתא המשפחתי חשיבות משמעותית, ניתן לנהל תיק רפואי משפחתי מתוך ההבנה שהיחידה המשפחתית הנתונה מאופיינת בלכידות סוציאלית גבוהה. כך למשל תיק רפואי משפחתי בנושא תזונה או טיפול במשפחה עם מחלה כרונית הדורשת טיפול בכמה מבני המשפחה.

עקרונות הביו-אתיקה מנסים לאזן בין התפיסה הקפיטליסטית לסוציאליסטית גם בהיבט שיתוף המידע הרפואי. בניית תיק רפואי יכולה להכיל רכיבים משתפים ורכיבים פרטיים כנגזרת של איזון זה.

מאפייני עולם הידע המודרני והשפעתם על הרשומה הרפואית בפיזיותרפיה

כפי שפורט בפרק המבוא, שתי תמורות משמעותיות חלו ביחסים בין המטפל לחולה בעידן המודרני: המעבר ממערכת יחסים פטרנליסטית לדגם יחסים שוויונית ומהפכת המידע הרפואי הנגיש לכל אדם.⁷

שינוי הגישה הפטרנליסטית⁸

בשנת 400 לפנה"ס התייחס היפוקראטס ליחסי רופא-חולה: "מלא חובותיך לחולה בשלווה וביעילות תוך העלמת רוב הדברים ממנו בעת טיפולך בו... מבלי לגלות לו דבר על מצבו הנוכחי או העתיד".⁸ כ-2000 שנה מאוחר יותר, בשנת 1871 לספירה, כלל הרופא האמריקני הולמס בנאומו לרופאים צעירים את האמרה: "אין למטופל כל זכות לדעת את האמת... הוא צריך לדעת לא יותר ממה שטוב עבורו". מאוחר יותר, בשנת 1961, הראה מחקר בארצות הברית, כי 90% מהרופאים

כ-100,000 אתרי רפואה מציעים כיום מידע רפואי לקהל הרחב. כמו כן, מקורות מידע רפואי איכותי שבעבר היו נחלתם של מטפלים (ובהם, פיזיותרפיסטים) בלבד, זמינים כיום לקהל הרחב (1/3 מהחיפושים ברשת medline מבוצעים ע"י קהל רחב).

אין ספק כי הגורם העיקרי שיצר את הגישה הפטרנליסטית היה הפערים האמיתיים בין הרופאים למטופליהם. לרוב, בין הרופא לחולה היה פער חברתי-כלכלי-השכלתי שתוצאתו הייתה התחושה שאין צורך לשתף את החולה בקבלת ההחלטות. מהפכת המידע בעידן המודרני וסיבות אחרות מצמצמות את הפער החברתי-כלכלי-השכלתי בין הרופאים והמטפלים לציבור המטופלים.

המודל הקיצוני אלמול המודל הפטרנליסטי הינו המודל האינפורמטיבי, על פיו חובת המטפל מתמצית במתן המידע בלבד, והחולה מצידו, על פי ערכיו, יקבל את ההחלטות על המשך הטיפול. בין המודל האינפורמטיבי לפטרנליסטי נמצאים מודלים מתונים, בהם נמצאים מינונים משתנים של אקטיביות מצד המטפל ומצד המטופל. תפקיד המטפל אינו מצמצם רק למתן מידע אלא יכול לכלול גם פונקציות נוספות כמו סיוע להחליט, בירור העדפות, שיתוף בהחלטות ומעקב.

בבחירה בין מודל פטרנליסטי למודל מתון יותר, יש להתאים לכל מטופל מהלך טיפולי שישקף שיתוף פעולה בהתאם למוכנות המטופל להיות מעורב בטיפול. לדוגמה כאשר יושב מול פיזיותרפיסט חולה המעוניין לייצר מהלך טיפולי משותף, אופי המפגש הרפואי אסור לו שיהיה ככביש חד סטרי של הוראות העוברות מהפיזיותרפיסט לחולה, הנעדר רכיב שיתופי.

חשוב לציין, כי חוק זכויות החולה מעודד גישה שיתופית בדרישת הסכמה מדעת שבו. הדרישה בחוק לגישה זו מפורטת, יסודית ומעמיקה. בעבר עלתה קריאה אף לבקש ממטופלים בשירות הפיזיותרפיה לחתום על טופס הסכמה מדעת, גישה שנדחתה ע"י הארגון העולמי לפיזיותרפיה שהעלה את הרעיון שעצם ההגעה לטיפול הפיזיותרפי מהווה הסכמה מכללה ולמפרע לרצון לקבל טיפול פיזיותרפי.

מכשולים העומדים בפני יישום גישה טיפולית מתונה ומשתפת מטופל:

- חלק לא מבוטל מהחולים כלל אינם מעוניינים ליטול חלק פעיל בתהליך האבחון והטיפול. ככל שהמחלה קלה ודמות המטפל סמכותית יעדיפו חולים רבים שלא להיות שותפים בתהליך.
- דגם שוויוני דורש משאבים רבים של זמן, מיומנויות תקשורת וכו'.
- איכות התכנים הרפואיים לקהל הרחב אינה אחידה ולעיתים קרובות ירודה. עד כדי כך שפעמים גם המטפלים מתקשים לאבחן מתי המידע בעל רמה גבוהה.

לסיכום, בניגוד לעבר בו שלטה הגישה הפטרנליסטית, כיום על הפיזיותרפיסט להתאים את עומק שיתוף הפעולה עם המטופל בהתאם לזהות החולה היושב מולו. ההשלכה של המעבר לגישה השוויונית על תחום ניהול המידע הרפואי היא בכך שהתקשורת בין הפיזיותרפיסט לחולה, כמו גם בין הממסד הרפואי לבין כלל החולים תהיה בשפה משתפת (למשל - שימוש במונחים מובנים ואף עם הפניה למקורות מידע רלוונטיים).

עדות משמעותית מאוד למהלך זה היא מבנה התיק הרפואי הקיים היום במכוני הפיזיותרפיה, הכולל בתוכו הצבת מטרות שיקומיות משותפות לחולה ולפיזיותרפיסט, חוזה טיפולי משותף, הכרה בטיפול כמורכב מהתייעצות עם המטופל. אלו עדויות לדגם משתף ושוויוני מצד נותני השירות, תוך מתן תשומת לב למקרים בהם דרך זו אינה מתאימה למטופל הספציפי.

התיק הרפואי צריך להראות על שיתוף המטופל בכול שלבי הבדיקה והטיפול רק במקרים יוצאי דופן בהם המטופל לא רוצה להיות מעורב יבנה תיק נעדר דו שיח טיפולי.

חובות המטופל כלפי המטפל והחברה

חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 מגלם בשמו ובמהותו את הדגש הרב הניתן לזכויות החולים בהליך הרפואי. על רקע זה בולטת בחוק היעדרה של החובה החלה על מטופל כלפי המטפל וכלפי החברה. ההדגשה החד-צדדית של מינוחי הזכויות עלולה ליצור תחושת אנרכיה, ולהעצים את תחושת ה"מגיע לך". יש הטוענים שהדבר פועל ככר לאלימות כלפי צוותי הרפואה.

סיגל במאמרו⁹ מבחין בין כמה מישורים להבנת חובת המטופל:

1. חובות המטופל כלפי עצמו, כגון - הימנעות מפגיעה עצמית.
2. חובות כלפי הצוות הרפואי, כגון - התנהגות ראויה, שמירה על סדרים והסדרים פנימיים.
3. חובותיו כלפי צדדים שלישיים. אלו חובות הנובעות ממעמדו של הפרט כמטופל.

בנושא זה אמר השופט ברק: "דמוקרטיה אינה רק זכויות אדם. דמוקרטיה היא חובות אדם. חובות כלפי פרטים אחרים וחובות כלפי השלטון"¹⁰.

כאשר שוקלים את היקף זכויותיו של פרט בחברה נדרשים למבחנים ואיזונים שונים. בתחום זכויות החולה וחובותיו נדרש לבחון את הזכויות הנובעות מהיותו של הפרט חולה. אך באותה מידה - את זכויותיהם של הפרטים הסובבים אותו, כמו גם את הזכויות העומדות לחברה. זכויות אלו הופכות להיות חובותיו של המטופל כלפי הסובבים והחברה. מקרה הדגל הוא מצב בו המטופל יוצר סיכון לצד שלישי. הסיכון ייתכן ויהיה ליקוי פיזי, מחלה מדבקת (לדוגמה - HIV), ליקוי

היתר בחוק + לתכלית ראויה + במידה שאינה עולה על הנדרש. לכן זה מנגנון נוסף המאפשר להפר את חובת הסודיות של המידע הרפואי.

החוק הישראלי קובע כי מסירת המידע מותרת כשהיא חיונית להגנה על בריאות הזולת:

”מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי לאחר... ועדת האתיקה קבעה לאחר מתן הזדמנות למטופל להשמיע דבריו, כי מסירת המידע הרפואי על אודותיו חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור”¹⁴. סעיף 20(א)(5) לחוק זכויות החולה קובע, כי ועדת האתיקה רשאית לאשר את הפרת חובת הפרטיות כשמסירת המידע חיונית להגנה על בריאות הזולת, והצורך למסירתו עדיף על העניין שיש באי מסירתו. יש להדגיש, כי החוק מסדיר אך ורק את חובת המטפל, אולם אין בחוק הכרה ישירה בחובתו של המטופל עצמו למסור מידע לקרוביו. באותם המקרים שנדרשת החלטתה של ועדת האתיקה, תדון הועדה על פי קריטריונים שונים, חלקם הוזכרו כעולים מפס”ד Tarasoff שאושר לעיל.

הסוגיה שהוצגה בפרק זה קשורה קשר עמוק לניהול נכון של מידע רפואי. האפליקציות המודרניות של עולם המידע הרפואי מאפשרות יצירת ממשקים בין מאגרי מידע של פרטים שונים, כמו גם בין מאגרי מידע כלליים. כיום יותר מתמיד קל יותר ליידע - הן את הגורמים הרפואיים והן צדדים שלישיים שאינם גורמי רפואה, בסכנה הנשקפת מפרט מטופל. כך למשל, בהפניית מטופל למכון פיזיותרפיה ע”י רופא ניתן לייצר מנגנון יידוע על מחלות מדבקות המהוות סכנה למטפל. אפשרות נוספת היא להוסיף במדיה דיגיטלית (כגון הכרטיס המגנטי של קופת החולים המקובל היום) של כל מטופל סימנים המודיעים על נוכחותן של מחלות רלוונטיות. במקרים של מחלות מדבקות בעלות השלכות בריאותיות משמעותיות יש מקום לייצר מנגנון שכזה, על מנת לאפשר - הן לצוות המטפל והן לסביבה, לשמור על זכותם לבריאות.

דוגמה לעיסוק בנושא סודיות המידע הרפואי והרשאות הגישה למאגרים ממוחשבים למטפלים שאינם רופאים היא הדיון המעמיק שנעשה בנושא במסגרת ועדת האתיקה של מכבי שירותי בריאות¹⁵. העיקרון המנחה שנקבע ע”י הועדה הוא כי יש לאפשר גישה למטפלים שאינם רופאים לסוגי מידע מוגדרים לפי הנדרש לצורך הטיפול במטופל. הוגדרו פריטי מידע נחוצים לכל מטפל, כך שגם במקרה של מטופל שמגיע בלי הפניה או שהרופא שכח לציין מידע חיוני בהפניה, המידע יהיה זמין.

רצוי לייצר ממשקים בין תיקים רפואיים שונים של אותו מטופל על מנת לאפשר העברה של מידע מהותי למטפל ולחברה. לעיתים המטפל חייב להפר את סודיות המידע הרפואי של הפרט החולה על מנת למנוע נזק לחברה.

נפשי וכו’. במקרים אלו נוצר עימות בין זכותו של המטופל לפרטיות ולסודיות רפואית כפי שמודגשים בחוק זכויות החולה¹¹ לבין הזכות הלגיטימית של כל פרט אחר בחברה להגנה על בריאותו ועל שלומו. זוהי התנגשות בין זכויות בסיסיות של פרטים שונים בחברה. חשוב לציין, כי המטפל ניצב בין זכויות המטופל לבין הצד השלישי כפרט מאוים, ובהעדר עמידה של המטופל בחובתו כלפי הצד השלישי (עמידה בחובה, למשל - מסירת המידע לפרט המצוי בסיכון, נכונות לקבל טיפול וכו’) ניתן לתבוע מן המטפל לפעול לסיכול האיום על הצד השלישי.

דוגמה מאלפת למקרה זה תוצג להלן בפרשת “Tarasoff”¹². בפרשה זו סטודנט הודיע לפסיכולוג שלו על החלטתו לרצוח את חברתו אם תיפרד ממנו. הפסיכולוג דיווח על כך לרשויות, שעצרו את המטופל לכמה ימים. לאחר שחרורו מימש המטופל את איומו ורצח את הנערה. משפחת הנערה, כנציגת צד ג’, תבעה את המטפל על כך שלמרות שידע את זהות הנערה ואת הסיכון שנסקף לה לא הזהיר אותה. המטפל נמצא אשם.

ניתן להציג כמה שיקולים בבואנו לדון בזכויות המטופל אל מול החובות כלפי צדדים שלישיים. לצורך הדיון לא אפריד בין חובות המטופל וחובות המטפל כלפי הצדדים השלישיים.

1. חומרת הפגיעה. ככל שתגבר הסכנה המאיימת על צד ג’ יקטן הרצון לשמר את סודו הרפואי של החולה. בעניין זה כותב השופט הנדל: “תמיד יש לאזן בין האינטרסים השונים, אבל האופי הסופני של המחלה מטה את הכף לכיוון חובת הגילוי”¹³.
2. הערכת הסיכוי להתממשות הסיכון. ככל שהסיכוי להתממשות הסיכון גבוהה יותר, ניטה לחייב גילוי כלפי הפרט הנמצא בסכנה. יש לדון כיצד מעריכים את התממשות הסיכון. אין הדבר קל, במיוחד לא במצבים נפשיים ובמצבי מפגש אקראיים בין מטופל לאנשים אחרים.
3. חומרת האמצעים הנדרשים למניעת הסיכון. ככל שמניעת הסיכון לצד השלישי מחייבת אמצעים שיפגעו משמעותית בחולה, ניטה לסגת מן הפגיעה בפרט החולה אף במחיר יצירת הסיכון לצד השלישי.
4. אמצעים חלופיים. ייתכנו מצבים רבים בהם נמצא אלטרנטיבות שימנעו פגיעה בצד שלישי, בלא לפגוע בסודיות המטופל. לדוגמה - ישנן מדינות בהן פרט שנחשף לנוזלי גוף של נשא איידס מקבל הודעה לאקונית על כך שיתכן ונחשף לנוזלי גוף המכילים את נגיף האיידס, והוא מתבקש לסור לבדיקה.

יתכן וזכות הפרט לחיסיון המידע הרפואי שלו נשאבת אף מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, התשנ”ב-1992. ככל זכות הנלמדת מחוקי היסוד נתן להפר אותה בהתקיימם של התנאים המצטברים הבאים: על פי

רשלנות רפואית

בסעיף זה יוצגו בקצרה מעט מן הנקודות העיקריות העולות מעיסוק בתחום הרשלנות הרפואית, ובמיוחד בהקשרים הנוגעים לניהול המסמכים הרפואיים ומאגרי המידע, וההשלכות של אי מילוי הדרישות כחוק.

אחד ממאפייני השינוי במעמד הרופאים והמטפלים בחברה המודרנית הוא התפתחות תחום הרשלנות הרפואית. הרשלנות הרפואית היא אמצעי בקרה משפטי רב חשיבות אשר לא בלבד שמעניק פיצוי הולם לנפגע הרפואה, אלא משמש בנוסף כמפקח מפני רפואה בלתי ראויה וכקטליזאטור לשיפור מערך הרפואה¹⁶. מעניין לציין את השינוי בגישה החברתית-משפטית כלפי תביעות רשלנות רפואית. בעבר נתפסה תביעה זו כמכשול אל מול עבודת הרופא והמטפל והתפתחות הרפואה. הלורד Denning מסכים עם גישה זו וכותב בפסק דינו: *"רופא הבודק חולה או מנתח ליד שולחן המנתחים, במקום להמשיך בעבודתם, יביטו ללא הרף אחורנית לראות אם מישוהו אינו מתגנב עם פגיון, מאחר ותביעת רשלנות נגד רופא כמוה עבורו כפגיון בגבו"*¹⁷ על פי טענה זו, האינטרס החברתי הוא שלא להתערב במקצוע הרפואי ואין אינטרס חברתי לפצות נפגע במקרה שניזוק מטיפול רפואי. הגישה הרווחת היום היא כי יש לפצות בגין נזק מהליך רפואי, כשהנזק נגרם באשמת הגורם המטפל. חשוב לציין, כי העלייה בתביעות הרשלנות הרפואית בעידן המודרני אינה מצביעה על ירידה באיכות הטיפול. בעבר, חולים רבים קיפחו חייהם ובריאותם משום שלא הוגשה תביעה נגד מטפל רשלן שהמשיך ופגע גם באחרים. תביעות רשלנות רפואית פועלות כמנגנון לבקרת איכות. דיני הרשלנות הרפואית מכוונים למנוע תאונות רפואיות, אשר מלבד הפגיעה בחולים פוגעות אף במערכת. בכך שהן דורשות משאבים רבים לטיפול בחולה הניזוק, יחד עם זאת, לא ניתן להתעלם מהשפעת תביעות בגין רשלנות רפואית על התפתחות "הרפואה המתגוננת", בה מושם דגש על מניעת אפשרות לתביעה משפטית יותר מאשר על טובת החולה.

רשלנות רפואית ואיסוף מסמכים רפואיים

ניהול הידע הרפואי נמצא בלב תחום הרשלנות הרפואית וחשוב לדעת לנהל נכון את המידע הרפואי על מנת להימנע מתביעת רשלנות. על פי חוק זכויות החולה קיימת חובה לשמור את המסמכים הרפואיים הנוגעים לכל חולה ברמת פירוט גבוהה. התרשלנות בניהול הרשומה כחוק מאפשרת תביעה בגין הפרת חובה חקוקה. דוגמאות לסוגי מסמכים קיימים:

- קופות החולים ומרפאות קהילתיות - בגופים אלו מנוהלים תיקים רפואיים על כל מטופל. זכות החולה לקבל העתק מכל התיק הרפואי ומכל מטפל. מידע זה יעזור להעריך אם ניתן הטיפול המרבי ונעשה כל שאפשר להקטנת הנזק, למשל - האם המטפל הפנה את החולה בזמן לבדיקה אצל מומחה בתחום כשהיה צורך.

- בתי חולים - פעמים רבות, כבר בהגעה לבית החולים נפתח תיק מיון. בהמשך נפתח תיק אשפוז. ישנן פעמים, שהתיק הנפתח הוא תיק מרפאות חוץ. כמו כן קיימות רשומות הנוגעות למכונני ההדמיה שאליהם נשלח החולה במסגרת בית החולים. המקורות שנמנו לעיל מחויבים להעביר כל מידע רפואי שאגור אצלם הנוגע לכל שלב בטיפול בחולה. הזכות לדרוש מסמכים מעוגנת בחוקים רבים כגון חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, חוק חופש המידע, התשנ"ח-1998.

רמת הפירוט הנדרשת ברשומה הרפואית על פי חוק זכויות החולה גבוהה, כמפורט בסעיף 17 לחוק:

א. מטפל יתעד את מהלך הטיפול הרפואי ברשומה רפואית; הרשומה הרפואית תכלול, בין היתר, פרטים מזהים של המטופל והמטפל וכן תכלול מידע רפואי בדבר הטיפול הרפואי שקיבל המטופל, עברו הרפואי כפי שמסר, אבחון מצבו הרפואי הנוכחי והוראות טיפול; ואולם תרשומת אישית של המטפל אינה חלק מהרשומה הרפואית.

ב. המטפל, ובמוסד רפואי - מנהל המוסד, אחראים לניהול השוטף והעדכני של הרשומה הרפואית ולשמירתה בהתאם לכל דין.

ג. נמסרה רשומה רפואית לשמירה בידי המטופל, יתועד הדבר על ידי המטפל או המוסד הרפואי.

אם נתייחס למהלך בדיקה וטיפול פיזיותרפי, הרי שהפיזיותרפיסט יוצר ומעצב את הרשומה הרפואית, ועל כן החובה עליו לעמוד בדרישות החוק. דרישה זו מוטלת אף על כתפי מנהלי המוסד הרפואי. חובת ניהול מידע רפואי ברמה התואמת את החוק מוטלת על קופות החולים בבואן לעצב את תיקי החולים במאגר הממוחשב. קיימים שני דגמים אפשריים לעיצוב תיק רפואי. האחד, רשומה רפואית פתוחה המאפשרת הכנסת טקסט חופשי עם הנחיה מינימלית מצד עיצוב הרשומה. והשני, עיצוב רשומה רפואית המאפשרת מינימום כתיבה חופשית ומכוונת את הכותב כך שיכניס את המידע אותו הרשומה רואה כחשוב.

שני דגמים אפיינו בעבר ובהווה את עולם המידע הרפואי. בעבר, הרשומה רפואית הייתה פתוחה, נטולת הכוונה, וכל גורם מטפל נטל לעצמו את החירות למלא את הפרטים לפי רמת החשיבות שהעניק להם. יתכן שחוקים מודרניים מתקדמים כגון סעיף 17 לחוק זכויות החולה (כמו גם הצורך להוכיח העדר רשלנות רפואית) תרמו ותורמים יותר ויותר ליצירת רשומות רפואיות מכוונות, מוגדרות וסגורות. בתיקים רפואיים מודרניים ישנם שדות מילוי שלא ניתן להשאירם ריקים. כמו כן, היכולת להיעזר בתוכנת המחשב על מנת לרשום נתונים מובנים מסייעת רבות ביצירת רשומה מלאה ומפורטת המעידה על טיפול ברמת זהירות הולמת. כמובן שלא רק הליך הבדיקה מתועד בפירוט אלא גם הטיפולים, כמו גם החוזה הטיפולי המשותף עם

סיכום

מטרת המאמר היא להראות כיצד מדין בנושאים מתחום האתיקה והמשפט נתן להסיק תובנות לבניית רשומה רפואית. המאמר דן בנושאים הבאים ומסיק מהם תובנות: א. זהות החברה הישראלית על התפר בין סוציאליזם לקפיטליזם. ב. עקרונות האתיקה המערבית המודרנית. ג. פטרנליזם ושוויוניות במערכת הבריאות. ד. רשלנות רפואית ותייעוד ברשומה.

מי ייתן ונדע כמטפלים לכלכל צעדינו בתבונה, לברר קשיים אתיים וחוקיים שעמדו, עומדים ויעמדו בדרכנו וידבק בנו ממידותיו של הקב"ה "הרופא לכל תחלואיכי"¹⁸.

אבקש להודות לגב' יוספה דנציגר על ההערות המחכימות והעידוד לפרסום המאמר ולד"ר יוכבד (יוכי) לויפר על ההשקעה הרבה לטובת המאמר בפרט והמקצוע בכלל.

המטופל. ככל שמערך הפיזיותרפיה ישכיל לייצר רשומות רפואיות מפורטות ומשתפות, כך יעמוד בדרישות החוק. הדבר נכון גם ברמת הטיפול הפרטני, בה המטפל בוחר למלא את הרשומה הרפואית בפירוט הנדרש על פי חוק.

אין ספק, כי ההשלכה של תחום הרשלנות הרפואית על ניהול המידע הרפואי גדולה, וכפי שהודגם בפרק זה, ניהול רשומה רפואית מפורטת, עדכנית ומהימנה הוא הכלי הראשון במעלה להתמודד הן עם הדרישה לניהול רשומה רפואית בחוק והן ככלי להוכחת הליך עבודה זהיר שלא עולה לכדי עוולת הרשלנות.

תייעוד מלא ומקיף של מקסימום מידע רלוונטי בתיק החולה נדרש על פי החוק. על המידע לשקף את שיקול הדעת הרפואי בקבלת ההחלטות.

מקורות

9. ג' סיגל, על חובות המטופל - מעש משפטי ולא מס שפתיים, רפואה ומשפט 27, 65, 2002.
10. בג"ץ 164/97 קונטראם נ' משרד האוצר - אגף המכס והמע"מ, פ"ד נ"ב(1), 289.
11. סעיפי 18 ו-20 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
12. *Tarasoff v. Regents of the University of California* 17, Cal3.d 551, 425 P2.d 131, 334 Cal. Rptr 14. (Cal 1976).
13. ע"פ (באר שבע) 560/96, אברהם ולנסיה נ' מדינת ישראל, תק-מח 97(3), 2504.
14. סעיף 20(א) (5) לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
15. מתוך סיכום ישיבה מיום 9/6/05 בנושא סודיות המידע הרפואי והרשאות גישה למאגרים הממוחשבים למטפלים שאינם רופאים, לא פורסם.
16. ע' אזר וא' נירנברג, רשלנות רפואית, מהדורה שנייה, הוצאת פרלשטיין-גינוסר, 2000.
17. *Hatcher v Black* [1954] CLY2289
18. תהילים ק"ג, ג'.
1. ר' בליצר, מהפיכת המידע והשפעתה על מערכת היחסים הרופא למטופל, הרפואה, 143 (10), 749-752, 2004.
2. א' סהר, Telemedicine - רפואה בעידן המידע והתקשורת, רפואה ומשפט, 35: 121-144, 2006.
3. א' היימן ואח', בניית רישום מרכזי של חולי סכרת במכבי שירותי בריאות, הרפואה, 146, חוברת א, 15-20, 2007.
4. Beauchamp T.L. & Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics, 5th (ed). Oxford University Press, NY, 2001.
5. ג' סיגל, ביו-אתיקה בעולם המערבי - ישראל שבין אירופה לארצות הברית, הרפואה 341, חוברת ב', 142, 2004.
6. חוק האנטומיה והפתולוגיה תשי"ג-1953, ס"ח 134 עמ' 162, סעיף 6.
7. ר' בליצר וג' פדלון, מהפכת המידע והשפעתה על מערכת היחסים בין הרופא למטופל, הרפואה 143 חוברת י', 749, 2004; א' סהר, Telemedicine - רפואה בעידן המידע והתקשורת, רפואה ומשפט, 35: 121-144, 2006.
8. ח' טבנקין, אמירת אמת לחולה לאור סעיף 13 בחוק זכויות החולה, רפואה ומשפט, 22: 14-23, 2000.